Imprimir

Por enésima vez, la tecnocracia económica, aquella que toma las decisiones importantes sobre el Sistema de Salud de los colombianos, haciendo gala de su lógica eficientista y clasista (propiedades que nunca parecen separarse), emite normas que refuerzan y afianzan la desigualdad entre los ciudadanos de nuestro país, uno de los más desiguales del mundo. La toma de estas decisiones se da en una especie de puente entre los economistas de los pisos altos del Ministerio de Salud y los del Ministerio Hacienda (que en realidad son los que mandan), y recibe la bendición, de unos expertos en salud lamentablemente sumisos y al parecer embelesados, no se sabe si por el poder simbólico o por el poder real de la tecnocracia económica.

La norma sobre los presupuestos máximos para que las EPS se encarguen en adelante de cubrir los servicios no financiados por la UPC (antes no cubiertos por el POS), en lugar de recobrarlos al banco del Sistema (ADRES), entrega cinco veces más recursos al Régimen Contributivo que al Régimen Subsidiado, con poblaciones similares en número. De este modo se constituye en la afrenta mayor a la Sentencia T-760 de 2008, que ordeno la igualación de los planes de salud del Régimen Contributivo y el Subsidiado.

Y decimos por enésima vez, porque es pertinente recordar muchos antecedentes, como la Ley 1122 de 2007 que ordenaba la universalización de la seguridad social en salud con sólo medio POS para los afiliados al Régimen Subsidiado, hasta que la Corte Constitucional dejó claro, mediante la sentencia T-760, que el camino hacia la igualdad de derechos sociales, así sea de largo plazo, no puede detenerse (así debe entenderse el concepto internacional de los derechos progresivos). Por supuesto, menos puede reversarse, como en este caso.

Intentos posteriores como la propuesta de un Plan Limitado Único de Salud (PLUS) o “Nuevo POS colombiano”, como lo designaban oficialmente, estrategia adoptada por la dirección del SGSSS, que pretendía sostener la racionalidad económica del Sistema General de Seguridad Social en Salud nuevamente sobre la base de limitar los derechos de los ciudadanos, mediante restricciones en la cobertura de beneficios. Trató de introducir del concepto de prevalencia en la definición del plan de beneficios, concepto fundamental en el campo de la

salud pública, para priorizar inversiones en prevención, pero que no tuvo jamás cabida en los sistemas de seguridad social del mundo, al menos como justificación para excluir del derecho a la atención médica a los enfermos que no tuvieron la fortuna de enfermarse de lo mismo que se enferma la mayoría, o tuvieron la desgracia de no poder enfrentar su padecimiento con un procedimiento o medicamento útil igualmente para la mayoría…. Hasta la llegada de la Ley Estatutaria.

Por supuesto debemos recordar el más fuerte intento de recortar el derecho a la salud, y por el camino más antidemocrático, la figura de la famosa "Emergencia Social" que reducía el POS a simple atención básica y pretendía que los servicios de complejidad mayor fueran pagados por los ciudadanos (claro está, los que pudieran). La tecnocracia, que trabajaba simultáneamente para las EPS, tuvo entonces un destacado papel en la construcción de los decretos. También en aquella ocasión la Corte Constitucional salvó a la población colombiana, especialmente la más pobre, de perder sus derechos.

Podríamos citar adicionalmente centenares de decretos y resoluciones producidos por la dirección del Sistema, que recortaron gravemente derechos a los ciudadanos, muchos de los cuales desafortunadamente siguen vigentes. Todo lo señalado no se puede entender sin mencionar el problema de fondo, que presiona a los gobiernos y determina estos reiterados intentos por reducir los derechos de los colombianos: los graves y progresivos recortes a los recursos del sector salud definidos por el constituyente de 1991.

El gran incremento del gasto en salud ordenado por la Constitución se reversó entre 1999 y 2007, período en el cual se observa una disminución de 5 puntos porcentuales en el esfuerzo fiscal del Gobierno nacional para este sector. Los recursos se reducen drásticamente a partir del 2000, en virtud de que, por una parte, frenaron el incremento de las transferencias ordenadas por la Constitución del 91 a los municipios, dedicadas a financiar el seguro de la población pobre y, por otra, suprimieron progresivamente los antiguos recursos de oferta, para el financiamiento de los hospitales públicos, al punto que el efecto neto de estas reformas constitucionales propuestas por los Gobiernos Pastrana y Uribe (2001 y 2007) y sus leyes correspondientes fue el de retornar los recursos destinados a la salud de la población

pobre a la tendencia de crecimiento que mostraban antes de la Constitución de 1991, como proporción de los Ingresos Corrientes de la Nación. El gasto público de la nación en salud como proporción de los ICN, pasó de representar el 14,8% en 1999, al 9,3% en 2007.

Pero la decisión política sobre el financiamiento de la salud, que define en última instancia la capacidad per cápita del Sistema, todavía se profundiza más. El marco fiscal va a pesar mucho más sobre la UPC a partir de la reforma tributaria del Gobierno Santos (Ley 1607 de 2012), que suprime los aportes parafiscales para salud por parte de los patronos a todas las empresas, recursos que en adelante el Gobierno proveerá del presupuesto nacional. Y así continúa en adelante la política económica, quitando impuestos a los ricos y reduciendo el gasto social porcentualmente, lo que constituye la verdadera política de los gobiernos de Colombia de los últimos 30 años.

Inequidad en la oferta y el financiamiento.

Rápidamente las investigaciones sobre la implementación del Sistema de Seguridad Social mostraban una gran inaccesibilidad a los servicios en la Costa Pacífica, la Amazonía y la Orinoquía, a pesar de que la población estaba asegurada. Los contratos de capitación de las aseguradoras con la casi inexistente red pública de servicios no garantizaban mínimos servicios a los afiliados del Régimen Subsidiado. Pero lo mismo sucedía para las poblaciones rurales de todo el país. Las concentraciones de población, es decir el tamaño del municipio, mostraba una relación directa con la posibilidad de acceso a los servicios.

La demanda de servicios era mínima, debido a los costos de transporte y la Dirección del Sistema, en lugar de implementar sistemas de oferta activa para las poblaciones dispersas, dejaba entrar en crisis financiera a los únicos centros hospitalarios que servían a estas pequeñas poblaciones exigiendo rentabilidad. Sin excepción, todos los estudios anuales para el cálculo de la UPC realizados por el Ministerio de Salud confirmaban que era menor el gasto per cápita de las EPS en las zonas especiales, con poblaciones dispersas, que el de los restantes grupos poblacionales, a pesar de que reciban una UPC superior. Igual lo señalan los estudios de la Universidad Nacional para la CRES en el 2010 y el 2011. Por esta causa, de

hecho, el Ministerio redujo progresivamente el pago adicional, desde el 25% que concedía al inicio de la operación del Sistema, hasta el 11%.

En el estudio de la Universidad Nacional para el cálculo de la UPC 2010, se señalaba: "Respecto a las regiones, cabe una consideración particular, relacionada, de un lado, con el acceso a los servicios por parte de las poblaciones dispersas, y de otro, el mayor costo de ofrecerlos. Diversos estudios han señalado que esta combinación afecta seriamente un modelo basado en la demanda y señalan que menores indicadores de utilización de servicios no pueden ser traducidos automáticamente en un gasto menor y consecutivamente en una prima menor, que acabaría por confirmar o reforzar que esta población no tiene posibilidad de acceder a los servicios."

En la medida que los servicios se vuelven más complejos, las inequidades se tornan más graves. La inoportunidad del diagnóstico en cáncer, por ejemplo, o la inaccesibilidad de otros tratamientos de alto costo u complejidad son fenómenos repetidos y suficientemente evidenciados en el Régimen Subsidiado, a tal punto que conforman ya un anecdotario nacional.

Además de lo evidenciado en los territorios apartados y con las poblaciones dispersas sobre cómo la oferta de los servicios de salud (determinada por el mercado) no llega hacia la población pobre, alejada de los centros urbanos, posteriormente se encontró evidencia más fuerte de este indeseable efecto del alejamiento de los servicios de la población pobre, en una investigación realizada precisamente en Bogotá, la concentración poblacional más grande del país. La investigación de la Universidad Nacional demostró que los habitantes de las localidades con mayor población y menores recursos cuentan con una disponibilidad mucho menor de servicios por cada 100.000 habitantes, lo que, en resumen, constituye una doble barrera, geográfica y económica, para el acceso a los servicios. En los resultados se sintetiza la enorme inequidad de una sociedad cuya oferta de servicios, en todos los servicios analizados en las IPS registradas y habilitadas en el Distrito, se aleja consistentemente de la población más pobre y, por tanto, más necesitada en términos de salud.

En síntesis, la evidencia del conjunto de estudios sobre demanda, oferta y acceso en el país demuestra que el Sistema gasta mucho más en los grupos poblacionales de las grandes ciudades, especialmente en las localidades o zonas de mayores ingresos.

Para completar el cuadro de inequidad social, basta señalar que en los últimos años el país presencia la inauguración de grandes clínicas de alta tecnología en Bogotá y otras grandes ciudades del país, con enormes anuncios en la prensa, en los cuales se deja claro a los ciudadanos que estas instituciones son únicamente para clientes privados de planes complementarios o de empresas de medicina prepagada. Es preciso aclarar, por supuesto, que de estas clínicas (que discriminan a los afiliados regulares del SGSSS) salieron sin duda recobros por el uso de nuevas tecnologías y medicamentos innovadores de altísimo costo, contra los recursos públicos en el Fondo del SGSSS (Adress). Al fin y al cabo, los clientes privados están también afiliados al Régimen Contributivo y las aseguradoras privadas son también EPS, que no van a pagar de su negocio privado de medicina prepagada estos servicios de “mejor clase”, sino con los recursos de todos los colombianos. En contraste, el financiamiento del no POS o no UPC en el Régimen Subsidiado fue absolutamente inoperante y se tradujo en la negación casi total de estos servicios.

De modo que está explicado el por qué de las diferencias en recobros al Adres de unas y otras EPS, como también la causa de las enormes diferencias en el gasto al interior del Contributivo (si exceptuamos el problema de precios abusivos, que sí corrige la norma) y especialmente la brecha de gasto entre el Régimen Contributivo y el Subsidiado, que en realidad demuestra la enorme inequidad en la oferta, el acceso y la utilización real de los servicios por parte de distintos grupos de colombianos, urbanos, rurales y dispersos, ricos y pobres.

Como los ciudadanos urbanos de mayores ingresos exigen y gastan históricamente cinco veces más, requieren presupuestos máximos cinco veces más altos en sus EPS -se desprende de la nueva norma-. Como las poblaciones dispersas y pobres, no demandan ni gastan mucho en servicios, sus EPS requieren cinco veces menos presupuesto. Por eso señalamos al principio, que haciendo gala de su lógica eficientista y clasista (propiedades que nunca

parecen separarse), la tecnocracia gubernamental emite normas que refuerzan y afianzan la desigualdad entre los ciudadanos de nuestro país –uno de los más inequitativos del mundo-, en lugar de dirigir sus esfuerzos a disminuir la desigualdad, al menos en el Sistema de Salud.

Félix León Martínez, Presidente de Fedesalud

Foto tomada de: Ciudadregion.com